

P-109

大阪市天王寺区での第一歩、歩みをはじめた連携～病院と保険薬局～

大阪赤十字病院 薬剤部¹⁾、大阪赤十字病院 院長²⁾

○辻井 佳代¹⁾、吉良 俊彦¹⁾、小間 実¹⁾、籠本 基成¹⁾、
辻本 喜則¹⁾、小林 政彦¹⁾、隠岐 尚吾²⁾

【目的】医療の高度化・複雑化によって医師の業務負担が増大し、その課題に対応すべく2010年の「医療スタッフの協働・連携によるチーム医療の推進について」（医政発0430第1号）によって、多職種連携業務が推進してきている。薬剤師は「プロトコルに基づく薬物治療管理(protocol-based pharmacotherapy management:PBPM)」を軸に、医師等の業務負担の軽減を開始している。その一環として、大阪赤十字病院(以下、本院)は、大阪市天王寺区内にある5病院と共に疑義照会の簡素化項目の統一をはかり、天王寺区及び近隣の保険薬局との連携をすすめた。その進め方と効果、今後の課題を考察する。【調査】疑義照会簡素化を開始した2016年11月前後の疑義照会の動向を調査した。【結果】疑義照会簡素化は、本院、N T T西日本大阪病院、大阪警察病院、四天王寺病院、早石病院の5病院と天王寺区内の保険薬局で開始した。簡素化項目は7項目であった。天王寺区に於いては、48.1%の保険薬局が合意を結んだ。疑義照会簡素化項目の逸脱はなかった。【考察】処方発行する上で、処方せんの疑義への照会とは必須ではあるが、疑義照会は状況によっては外来診療の妨げとなり、医療従事者だけでなく受診患者にも負担がかかる事がある。また、疑義の中には保険薬局薬剤師が充分判断できる内容もあるが、通常疑義照会を省略することができない。プロトコルをしっかりと定め疑義照会簡素化することは医師の業務負担軽減につながる。また、従来の一病院と保険薬局と結ぶ合意と異なり、5病院における疑義照会簡素化項目の統一は、処方医師の負担を軽減するだけでなく、保険薬局の業務負担も考慮した画期的な連携と考える。

P-111

終生期がん患者の帰りたい思いを叶えた意思決定要因～主介護者の思いの分析～

飯山赤十字病院 医療社会事業部

○海野 清子¹⁾、小林 美穂、湯本真佐子

【目的】A病院訪問看護ステーションの利用者である70歳代の卵巣がん患者Y氏は終生期にあり、輸血のため入院した。入院中、癌の浸潤にて病状が悪化し、医療依存度が高くなった。主治医は「本人は家に帰りたいがっているが、自宅での看取りは非常に困難である。」と家族に伝えた。家族は本人の思いを叶えるべきか、入院継続か悩んだが、自宅に連れて帰ることを意思決定した。Y氏の家に帰りたいという思いを叶えた要因は何であったか、主介護者である夫の思いに焦点をあて明らかにしたいと考えた。【方法】村上氏らが示した先行文献を参考に、インタビューガイドを作成し半構面面接を行った。録音内容から逐語録を作成し分析した。【結果】10の<サブカテゴリー>と3つの「カテゴリー」があげられた。＜余命宣告を受けたショックと信じたくない思い＞＜本人の家に帰りたい強い思い＞＜家の天井を見せたい夫の思い＞＜夫婦の繋がりが残る感謝と恩返し＞＜医師に反対されても絶対に家でみてやろうという意地＞の5つのサブカテゴリーから「結婚50年の重みと愛」のカテゴリーがあげられた。＜本人の体調のタイミングが良かった＞＜家族の協力が得られた＞＜自宅の環境条件が整っていた＞＜退院の結論を即決めることができた＞の4つのサブカテゴリーから「条件の成立」のカテゴリーがあげられた。＜介護者を支える医療・介護連携がとれていた＞のサブカテゴリーから「訪問看護師・多職種の支援」のカテゴリーがあげられた。【考察・結論】終生期患者が在宅へ移行する時期で、主介護者にとって自宅に帰る要因となつたのは、「結婚50年の重みと愛」「条件の成立」「訪問看護師・多職種の支援」であった。看護師は主介護者の思いを知り、家族の合意形成を支援し、全力で支える姿勢を持つことが重要である。

P-113

人工呼吸器装着患者の在宅退院支援 -退院後訪問からみえてきたこと-

高松赤十字病院 呼吸器内科・胸部乳腺外科

○井上 愛

【目的】当呼吸器主幹病棟では、人工呼吸器装着患者、高流量酸素療法患者に個別性を重視しながら退院指導を積極的に行ってきた。今回、人工呼吸器装着患者A氏の家族に対し在宅療養支援を実施し、退院後訪問を行った。退院後訪問を行った医療者へのインタビューを通して、実施した在宅療養支援の事例を振り返り、今後の退院支援の課題を明らかにする。【事例紹介】A氏60歳代男性。デイスサービス中、CPAで発見され救急搬送。蘇生にて心拍再開したが、低酸素脳症にて昏睡状態。自発呼吸なく人工呼吸器装着。主な介護者は妻。【期間】平成28年10月28日～平成29年5月2日（内 集中治療室26日在）平成29年4月17日退院【方法】A氏の在宅療養支援と退院後訪問を行った看護師3名、MSW1名に対し先行研究を基にインタビューを実施。そこから在宅療養支援の振り返りを行う。【結果】インタビュー内容から以下の4点が確認された。1. 介護者の意思を尊重した退院支援により、在宅療養に満足した生活が送られていた。2. 人工呼吸器等の医療機器の設置や動作確認、介護しやすい動線の確認ができた。3. 介護支援連携や共同指導の内容（ポジショニング、1日のスケジュール等）が在宅でどう反映されているかが確認できた。4. 指導した介護技術が継続され、作成したパンフレットや写真を活用していた。介護者から「先に吸引から指導してほしかった」「文面ではなく、言葉や実践を増やしてほしかった」等の意見が聞かれたことがインタビューからわかり、課題として介護者のニーズを把握し、個別性に配慮した指導方法や内容を検討する必要がある。また、介護用品や医療器具の取り扱いについて、簡単に低コストの代用品を在宅用に紹介するなど、患者家族の生活の視点を意識、イメージ化し、具体的な在宅療養支援を行うことが課題である。

P-110

退院調整のための患者情報シートの活用状況と今後の課題

高山赤十字病院 地域包括ケア病棟

○橋本 綾子¹⁾、丸山 和子、飯山 千晶、古瀬 智子

A病院B病棟は平成27年10月より地域包括ケア病棟として開設された。入院患者の多くは退院調整の途中であったり、転棟後より退院調整が開始となる場合もある。そのため退院調整に関する情報を早期に把握する必要がある。B病棟では、看護師が患者情報を把握し共有できるためのツールとして「患者情報シート：退院調整シート」を独自に作成し運用を始めた。統一した運用は行っているが、患者情報シートに設定した項目の中には未記載の項目が見受けられる。運用から1年が経過し、患者情報シートの活用について現状と課題を見出すため、記載率の調査と看護師へのアンケート調査を行った。患者情報シート31項目それぞれの記載率の平均値は57.7%であった。そのうち平均値以下であった10項目について調査を行ったところ、記載できない理由として「記載し忘れた」「患者の情報が把握できていない」「ゴールが曖昧」「治療方針が決まっていない」「家族と会えない」等が挙がった。これらの理由は患者を把握するためのコミュニケーション不足が要因であると考えられる。患者情報シートは全員が必要と回答している。シートと共通したツールを用いることで最低限必要な退院調整のための情報収集が可能となることと、シートを閲覧することで情報が共有できるツールとして病棟に根付いているからだと言える。今後の課題として、主治医を交えたカンファレンスの実施や、受け持ち看護師の役割を明確にし、より意識を高め、退院調整に必要な情報収集をすることが必要であると示唆された。また、シートへの追加項目の要望もあるため、今後も追加・修正を行い、より有効活用できるように取り組んでいきたい。

P-112

救急病床におけるエンド・オブ・ライフケアに着目した退院支援

福岡赤十字病院 看護部

○戸恵 恵子¹⁾

＜はじめに＞当院は急性期病院として高度な医療に対応する看護実践を行うとともに、患者を生活者として捉え、早期から退院後の生活や在宅療養支援に向けて多職種と連携・協働しながら退院支援を行う事に取り組んでいる。今回、肺癌ターミナル患者に対して、入院時より患者・家族の自宅退院をしたいという思いを汲み取り、エンドオブライフケアに着目した退院支援を行う事ができたため報告する。＜倫理的配慮＞個人が特定されないように情報は匿名化しプライバシーの保護に努めた。＜事例紹介＞A氏70歳代男性、診断名は小細胞癌のターミナル。社会背景は妻と2人暮らし、子ども3人は協力的。＜介入＞入院時に患者・家族の自宅退院したいという思いを汲み取り、在宅療養に向けて退院調整を開始。すぐにMSWやケアマネージャーと連携を図り、2日目に共同指導を実施した。共同指導には、患者、家族、主治医、看護師、MSW、訪問医などを含めた多職種が参加。自宅退院をするためには妻の吸引技術の獲得が必要であったが、今までは自宅で十分に行えていなかった。このまま退院をすると、窒息のリスクが高いことが課題として挙がり、訪問医よりトラヘルパーを挿入するというアドバイスを頂いた。4日目に呼吸器外科を受診し、同日にトラヘルパーの挿入を施行。自宅退院の希望が強く、MSWと訪問医で調整を行い、退院指導を行った上で5日目に自宅退院となった。＜結果＞1)入院時より自宅に帰りたいという思いを多職種で共有し、患者・家族の意向に沿った退院支援を行う事ができた。2)共同指導で課題を共有後、トラヘルパーを挿入することで家族が簡易的に吸引を行う事が可能となり、早期退院に繋がった。

P-114

洗腸・浣腸管理が必要となったヒルシュスプルング病児の退院支援

姫路赤十字病院 看護部

○高柳 美沙、砂川 詩織、谷口 真紀、内波久美子、三木 幸代

【はじめに】当院ではヒルシュスプルング病児は根治術前に人工肛門造設術を施行し、時期をみて根治術を行うことが多い。今回、当院で初めて尿道カテーテルで洗腸・浣腸管理をしながら在宅療養する児と家族に間違った。【症例】在胎週数39週で出生した児。日齢2日目に胆汁を嘔吐し、直腸生検にてヒルシュスプルング病と診断される。【結果・考察】当院でヒルシュスプルング病児の治療として尿道カテーテルで洗腸・浣腸を実施することが初めてでもあるため、カテーテル管理が適切に行えるのか、家族は処置を受け入れ、実際に実施できるのかという不安があった。そこで、医師からの面談で児の状態を伝え、母親が疑問に思うことなどがあれば看護師の同席のもと解決できるように支援した。しかし母親はあまり気持ちを表出される方ではなかったため、受け持ち看護師を中心として母親の思いを確認しながら、指導を進めていった。手技はスムーズに習得できたが、退院に向けて母親の思いを傾聴する中で、処置に対する恐怖心や漠然とした不安があることに気付いた。その中でも特に母親は自宅で安全に処置を継続できるのだろうかという不安が一層強かった。そこで退院前に多職種カンファレンス（参加者：母親、母方祖母、医師、看護師、MSW、保健師、訪問看護師）を実施する事で、母親は「困った時には相談すればいいですわ」と発言があり、退院後もサポートがあるという安心感につながったと考えられる。【結論】今回の事例を通して、退院支援においてまず患者・家族の意思決定を支援し、そしてより安心して在宅療養へ移行するためにはサポート体制を整えることが重要であることを再認識することができた。